

BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AOS PROCESSOS DE ABORTO (em suporte do Diploma Ministerial 60/2017)

Introdução

Alguns membros fundadores da AMOG, em representação da nossa associação, foram homenageados em setembro de 2014 pela sociedade civil, por ocasião do Dia Global de Acção pelo Aborto Legal e Seguro, uma ocasião especial, porque o Parlamento do país tinha aprovado em Julho o Novo Código Penal, que através do artigo 168 despenalizava o aborto, e definia as circunstâncias do aborto não punível.

Esta lei foi promulgada em Dezembro como **lei nº 35/2014**.

O Ministério da Saúde (MISAU), sensível aos estudos e estatísticas do país e com base no novo Código Penal, e na autoridade conferida ao Ministro, publica o **Diploma Ministerial nº 60/2017 (DM)**, que tem como parte integrante as “**Normas Clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-Aborto**”, normas estas, que tiveram a colaboração técnica da AMOG e devem ser seguidas em todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Uma longa lista de publicações científicas da responsabilidade de obstetras e ginecologistas nacionais e com alto índice de referência, têm contribuído não só para o país, como para o mundo, para que métodos farmacológicos acessíveis e simples de usar, tornassem os processos de aborto mais seguros, quer em instituições, quer fora delas, ajudando a contornar a difícil situação das mulheres em ambientes restrictivos e mesmo mais liberais.

A advocacia feita por toda a sociedade civil, em direcção à lei 35/2014, teve como base, teses de doutoramento feitas por membros da associação na década de 90.

A “Comissão da FIGO para Aborto Seguro” tem uma fundadora da AMOG como membro, e Moçambique foi um dos dez países escolhidos pela FIGO para o [Safe Abortion Project](#) (Projecto para a advocacia de aborto seguro).

Por estas premissas, a AMOG considera que o **Diploma Ministerial 60/2017**, e as “Normas Clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós Aborto”, nele contidas, abordam todos os aspectos de um atendimento humanizado nos processos de aborto, e reforçamos a necessidade da sua divulgação e

cumprimento, pretendendo que Boas Práticas no atendimento passam pelo cumprimento destas regras por todos os profissionais a nível nacional.

Dos oito artigos do Diploma Ministerial, um refere-se à gratuidade dos serviços nas unidades sanitárias (**art.8**), e outro com 5 alíneas (**art.5**), refere-se à objecção de consciência por parte do médico ou profissional de saúde capacitado para assistência aos processos variados de aborto.

No contexto destas leis, e normas, muitos colegas têm participado em acções de treino, expansão, monitoria e investigação na área de aborto seguro e cuidados pós-aborto, sendo a AMOG um parceiro importante não só do MISAU como também de outras organizações envolvidas nesta prestação, incluindo a FIGO e OMS.

No **Código de Ética da AMOG**, publicado em 2011, “não é ético que uma mulher morra porque decidiu não ter uma gravidez” na (2ª edição em elaboração), acrescentamos que também não é ético colaborar na sua estigmatização, ocultar informação favorecendo interesses materiais do médico ou da instituição, não garantir a utilização técnica da melhor evidência, nem deixar de utilizar todos os mecanismos de protecção que os diversos sistemas de saúde permitem (prática baseada em sistemas).

Em países onde as mulheres têm acesso aos serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de um abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100 mil procedimentos (AGI, 1999).

Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de aborto inseguro é várias vezes mais alto do que de um aborto realizado por profissionais e em condições seguras (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Em Moçambique, apesar da Taxa de Mortalidade Materna devido ao aborto ser oficialmente de 7% (fonte: relatório nacional de inquérito de mortes maternas 2018), presume-se que exista uma subnotificação de óbitos devido a aborto inseguro, inclusivamente em hospitais de referência.

Apesar desta presumível subnotificação, a AMOG através dos seus membros em fóruns de opinião e estudos institucionais, tem a convicção que ao longo das últimas três décadas tem-se notado uma queda da mortalidade materna atribuível ao aborto, mas intervenções por atendimentos pós-aborto, e baixas

nas instituições são ainda uma percentagem importante das estatísticas institucionais, contribuindo para outras consequências não letais decorrentes de abortos inseguros e por vezes “seguros”.

As repercussões sociais na vida pessoal, familiar, e no mundo do trabalho ou da educação, precisam ser analisadas e respeitadas, na medida em que o aborto atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente, mesmo que em percentagens decrescentes à morte ou implicando sequelas na sua saúde física, mental e reprodutiva.

Complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade (S. Asharman, factor tubar), se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o peso de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização social, religiosa ou familiar de penalização do aborto.

Em Moçambique, apesar da despenalização, a prática do aborto ainda é expressão das desigualdades sociais, pois embora compartilhem a mesma situação ante a legalidade da intervenção, uma parcela da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que frequentemente se complicam e acarretam complicações e morte por aborto.

Para a redução da mortalidade materna, o MISAU e os seus parceiros (AMOG entre outros) trabalham para melhorar a saúde das gestantes, a promoção da igualdade entre os sexos e a valorização das mulheres, ou seja, alcançar as metas números três e cinco dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que estão interligadas.

A necessidade de uma atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliado ao facto de que o medo e outros constrangimentos sociais são fatores que podem atrasar a busca de cuidados.

Não menos importante que esses aspectos, torna-se necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de aborto, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País, nomeadamente no que toca à privacidade e estigmatização.

São expressões disso não só a recusa da internamento em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às queixas

das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de um suposto sentimento de culpa por terem provocado o aborto.

Boas práticas no atendimento aos processos de aborto, implica que os profissionais qualificados e as unidades sanitárias tenham não só acesso e conhecimento profundo do **Diploma 60/2017 e Normas Clínicas anexas**, como também procedam de acordo com os aspectos de humanização, carinho e compaixão que são exigidas a um profissional competente, que lida sem juízos pessoais de valor, com este sector da sociedade mais susceptível, que é a mulher e adolescente em decisões difíceis das suas vidas.

Boas práticas é também, garantir o seguimento para que não haja repetição de situações que levaram ao atendimento, ou garantir o seguimento para que uma próxima gravidez seja levada a bom termo se assim for desejado.

Boas práticas incluem sempre todos os factores que rodeiam a paciente a sua família, o profissional de saúde, as instituições e a governação destas, a evidência científica, a humanização de todos factores e aderência a posturas éticas que garantem o respeito pelos direitos humanos das mulheres.

O que os colegas podem encontrar no Diploma 60/2017?

- 1- A lei, aspectos jurídicos e a contextualização dos processos de aborto em Moçambique.**
- 2- Conceitos, definições e aspectos ético-profissionais e bioéticos.**
- 3- Normas clínicas adequadas a cada situação e humanização.**
- 4- Contraceção e Planeamento Familiar Pós Aborto.**

OS PILARES DA ATENÇÃO HUMANIZADA AOS PROCESSOS DE ABORTO:

- 1- Acolhimento e Orientação**
- 2- Atenção Clínica Humanizada segundo as Normas com mais evidência para cada tipo de caso e disponibilidade local.**
- 3- Planeamento Reproductivo pós-aborto.**

Passar de um atendimento clínico seguro feito por médico ou profissional capacitado, dentro de uma unidade sanitária à luz de uma legislação protectora dos direitos reproductivos das mulheres, para um atendimento integral humanizado que possa atingir a maioria da população, e atender aos vários factores que implicam esse conceito, obriga a que sejam alterados os

paradigmas da atenção ao aborto, quer nos profissionais, quer nas instituições, incluindo estes elementos essenciais:

1. rede integrada com a comunidade e com os prestadores de serviço para a prevenção das gravidezes indesejadas e do aborto inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços reflitam as necessidades da comunidade e satisfaçam suas expectativas.
2. acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir.
3. atenção clínica adequada ao aborto e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.
4. Oferta de serviços de planeamento reprodutivo às mulheres pós-aborto, inclusive orientações para aquelas que desejam nova gestação.
5. integração com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social para as mulheres, elementos da sociedade civil.

Destaques para aspectos ético-profissionais e jurídicos do Diploma 60/2017:

- 1- Saúde reproductiva inclui o direito de mulheres e homens (Fonte: item 7.2, Cairo; parágrafo 94, Beijing).
 - a) a desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco;
 - b) a procriar, com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência;
 - c) à informação e ao acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planeamento familiar de sua escolha;
 - d) ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos, garantindo-lhes as melhores possibilidades de terem filhosãos.
- 2- (Da Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, ONU):

“A prevenção da gravidez não desejada, do aborto e de suas consequências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às

mulheres deve ser garantindo o acesso: à informação e orientação humana e solidária; ao aborto previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planeamento reprodutivo pós-aborto para, inclusive, evitar abortos repetidos.”

3- **Da lei 7/2008 da Promoção e Protecção dos Direitos da Criança** “*é “criança” toda a pessoa menor de 18 anos e goza de todos os direitos fundamentais da pessoa inerentes à pessoa humana com especial protecção e preferência*”,

4- **e do Diploma 60/2017:**

“A Atenção Humanizada às mulheres com qualquer tipo de aborto é DIREITO de toda a mulher e DEVER de todo o profissional de saúde.

A lei 35/2014, de revisão do Código Penal que despenaliza o aborto entrou em vigor em **Julho de 2015**, e estas **Normas Clínicas** foram adequadas para orientar os profissionais de saúde a prestar uma atenção humanizada nos **Cuidados Compreensivos ou Completos (CCA) de Aborto Electivo ou Interrupção Voluntária de Gravidez e Pós.Aborto**; A provisão legal dos serviços de **Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG)**.

Os provedores de saúde habilitados para prestar estes Cuidados devem ter conhecimento destas Normas.

É importante realçar que o conhecimento da Lei pelos provedores é essencial, não só para saber como esta o protege e se aplica, mas também para poder educar as mulheres e toda a comunidade da sua área de saúde”.

5- **Do artigo 5 do Diploma 60/2017** que trata de Objecção de Consciência:

Não cabe objecção de consciência:

a) em caso de necessidade de aborto por risco de vida para a mulher;

b) em qualquer situação de aborto juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder

sofrer danos ou agravamento da sua saúde por razões da omissão do(a) médico(a), ou profissional de saúde capacitado nessa unidade.

c) no atendimento de complicações derivadas de aborto inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

Destaques para aspectos de Acolhimento e Orientação (*Elementos Essenciais dos Cuidados Compreensivos do Aborto Seguro e Pós-Aborto, Diploma 60/2017*).

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de aborto sua experiência é física, emocional e social.

Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, solicitando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos.

A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de aborto espontâneo, induzido ou provocado, está a atravessar um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente.

Todos esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das mulheres, no momento do pós-aborto, sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de aborto.

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a capacidade da unidade de acolhimento, para assistência à saúde.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à

tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

É muito importante que o profissional se certifique de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.

NÃO JULGAR

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades.

Cabe ao profissional adotar uma “atitude terapêutica”, e procurar desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE

Ao lidar com o atendimento nos processos de aborto, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter uma atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Essa prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e a formação em serviço não têm promovido uma dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional, muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica.

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem

estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/ utente na perspectiva de construção de um **novo modelo de atendimento**.

Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência.

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado com a sua formação profissional.

Mesmo que o médico assistente ou outro profissional com capacitação esteja dentro dos procedimentos que envolvem as Boas práticas no atendimento aos processos de aborto, um primeiro contacto com um administrativo ou com uma auxiliar de limpeza ou mesmo com um segurança na entrada para pedir uma informação, e que seja rude e incapaz, pode prejudicar toda a cadeia de assistência.

Especial atenção deve ser dada a todos os envolvidos no processo de acolhimento e orientação.

SABER OUVIR

Todos os profissionais de saúde e trabalhadores dentro de uma unidade sanitária devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com uma abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de confiança.

É responsabilidade da equipe:

- Respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autoconfiança.

- Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas.
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos prejuízos para a saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando para serviços de referência, grupos de mulheres e organizações ou serviços dedicados (ONGs, SAAJ).
- Dar encaminhamento aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade.
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações.
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando às mulheres sobre as intervenções necessárias.
Informar e orientar:
 - Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas.
 - Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária.
 - Informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-aborto.
 - Orientar quanto à escolha contraceptiva no momento pós aborto, informando, inclusive, sobre a contracepção de emergência.

Orientações gerais

- Informar sobre a rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo. o retorno da atividade sexual pós-aborto não complicado pode ocorrer tão logo a mulher assim o desejar.
- A fertilidade retornará logo após o procedimento, de forma que é necessária a orientação de planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos.
- Agendar retorno para no máximo 15 dias para revisão pós aborto.
- Orientar sobre o que fazer e onde encontrar assistência de emergência.
- Orientar sobre complicações.

ATENÇÃO CLÍNICA AOS PROCESSOS DE ABORTO

DESTAQUE PARA ABORTO MÉDICO

do Diploma 60/2017.

O aborto inseguro hoje em dia é uma situação possível de prevenir, mas ainda provoca sérios danos na saúde das mulheres, e um peso para os sistemas de saúde.

Globalmente, 25 milhões (45% do total de 55,7 milhões), que ocorrem anualmente são inseguros, e desses (97%;24 milhões) ocorrem em países de baixos recursos ([Ganatra 2017](#)) onde países de leis mais restritiva estão concentrados ([Singh 2018](#)).

Aborto inseguro é responsável por 47.000 mortes maternas por ano, e mais cerca de 6.9 milhões de situações de variadas morbidades devido a aborto inseguro ([Singh 2016](#); [WHO 2012](#)).

Dados do (MISAU,2019), apontam para 35 Mortes Maternas devido a aborto, entre causas hemorrágicas e sépsis, entre quase 300 admissões por estas e outras complicações e mais de 50.000 atendimentos em unidades e

urgências, tendo identificado o uso de fármacos em mais 16.251 casos, além dos registrados como espontâneos, incompletos e retidos. O diagnóstico de sépsis por aborto e uma das duas causas de morte no caso de aborto além da hemorragia, mostra como, quase três anos depois do Diploma Ministerial 60/2017, estas situações tendem a estabilizar em relação aos dois anos anteriores, mas ainda uma grande fonte de preocupação para as autoridades e profissionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada, feito quer por pessoa sem as capacidades necessárias, quer num ambiente sem o mínimo de condições médicas, ou ambos ([WHO 2011](#)).

Desde 2000, com o advento e facilidade de acesso a drogas abortivas, o aborto seguro é mais frequente e a morbidade e mortalidade relacionada com o aborto melhorou ([Singh 2018](#)).

Aborto médico é um procedimento não cirúrgico para terminar uma gravidez com o uso de fármacos, incluindo uma combinação de mifepristone e misoprostol, ou misoprostol apenas.

Aborto médico está provado ser altamente seguro, efectivo, e acessível em vários ambientes, quando administrado até 12 semanas contados a partir do ultimo período menstrual, ([Ejersted 2009](#); [Kulier 2011](#); [Rodriguez 2012](#); [Trussell 1999](#); [Winikoff 1997](#)).

- 1- **O *WHO Medical Management of Abortion* guideline**, recomenda a seguinte combinação de mifepristone-misoprostol para indução de aborto antes de 12 semanas: dose única oral de 200 mg de mifepristone , seguido de 800 µg bucal, sublingual, ou vaginal 24 a 38 horas depois ([WHO 2018](#)).
- 2- Para gravidezes de 12 semanas ou mais 200mg de mifepristone, seguido de 400 µg bucal, vaginal ou sublingual 24 a 48 horas depois ([WHO 2018](#)).
- 3- Em lugares onde não existe mifepristone, a OMS recomenda apenas misoprostol 800 µg bucal, vaginal ou sublingual ([WHO 2018](#)), embora este método seja menos efectivo do que o protocolo de mifepristone.misoprostol ([Blum 2012](#); [Jain 2002](#); [Raymond 2019](#); [Sedgh 2016](#); [Singh 2018](#)).

- 4- Em ambos os regimes doses repetidas de misoprostol podem ser necessárias para terminar a gravidez com sucesso.

Cresce o número de pesquisas que demonstram que as mulheres conseguem realizar os seus próprios abortos com pouca ou nenhuma supervisão profissional, desde que recebam informação acurada e adequada, fármacos de qualidade e tenham acesso fácil a uma unidade sanitária capaz de lidar com qualquer complicação ([Footman 2018a](#); [Shannon 2008](#); [WHO 2012](#); [WHO 2014](#)).

Para além disso, a maior parte das mulheres preferem utilizar os fármacos em casa ([Footman 2018a](#); [Shannon 2008](#); [WHO 2012](#); [WHO 2014](#)), sendo a automedicação cada vez mais comum por maior controlo e privacidade que rodeiam o procedimento ([Footman 2018a](#); [Shannon 2008](#); [WHO 2012](#); [WHO 2014](#)).

Embora o aborto médico baseado na automedicação tenha mostrado ser efectivo, seguro e aceitável quando comparado com o aborto induzido em unidades sanitárias ([Ngo 2011](#)), era necessário clarificar se era tão efectivo, seguro e aceitável comparado com aquele induzido sob supervisão profissional .

Esse foi o objectivo de uma revisão sistemática feita pela Cochrane e publicado em Março 2020 que passo a citar e de onde foram extraídos os textos sobre aborto médico :“ **Cochrane Database of Systematic Reviews Self-administered versus provider-administered medical abortion** Cochrane Systematic Review - **Intervention** Version published: 09 March 2020” <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013181.pub2>

Destaque:

- 1- Não há evidência de diferenças entre as taxas de sucesso de aborto autoadministrado e com supervisão profissional.**
- 2- Sobre falha de método ou continuidade da gravidez existe pouca ou nenhuma diferença entre os grupos estudados.**
- 3- Não existem dados suficientes de estudos randomizados controlados para afirmar se existe diferenças sobre complicações que requeiram procedimento cirúrgico.**

Destaque:

- 1- É importante que a escolhas do método em qualquer situação façam parte de um processo de decisão entre a mulher e os profissionais que atendem, assim como o consentimento, mesmo que haja apenas uma opção.
- 2- Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja o mais livre, consciente e informada possível.
- 3- Durante o primeiro trimestre embora os métodos farmacológicos sejam mais recomendados, consideram-se aceitáveis a aspiração intrauterina (manual ou eléctrica) e a curetagem uterina.
- 4- A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço ou unidade e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco-custo-benefício de cada procedimento.
- 5- Deve-se adoptar critérios que considerem e respeitem;
 - a) a disponibilidade de métodos em cada serviço ou unidade sanitária
 - b) a capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método
 - c) as condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

A atenção clínica compreende a classificação adequada, a definição do método, a execução adequada e o alívio da dor.

ORIENTAÇÃO EM PLANEAMENTO REPRODUTIVO (contracepção e planeamento de nova gravidez)

Destaque (DM 60/2027)

Em geral, a mulher que teve uma gravidez interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida, portanto, toda mulher

que entra na unidade em processo aborto deve ser acolhida e receber orientação anti-concepcional.

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o aborto e que, por conseguinte, a anticoncepção deve iniciar-se também de imediato, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais.

A experiência mostra que a possibilidade do aborto se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente.

Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por aborto para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada.

Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no País, inclusive sobre a eficiência de cada método para evitar a gravidez.

Nesse sentido, o dispositivo intrauterino com cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficientes por não haver o risco de esquecimento. nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização desses métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Outro método que deve ser destacado é a Anti-concepção Hormonal de emergência (AHE), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo não usam métodos.

Essas mulheres poderão estar expostas a relações sexuais inesperadas e não protegidas do risco de gravidez e de aborto. A utilização da AHE poderá evitar a gravidez nesses casos.

Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas. nesse sentido, não se pode deixar de dar informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção, contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

O profissional deve conhecer qual é a disponibilidade de métodos na instituição ou unidade ou município onde trabalha para que não haja

constrangimentos na aquisição imediata de um método disponível no SNS tendo o cuidado de não sobrecarregar a mulher com despesas que possam comprometer a eficácia da recomendação.

ABORTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

Pode ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há que se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um filho algum tempo após o aborto.

Por essa razão, é necessário que a mulher também receba orientação sobre o planeamento de uma nova gravidez.

Sendo evidente para o profissional que emocionalmente a mulher perdeu uma gravidez desejada, todo o apoio técnico e investigativo deve ser feito e apoio deve ser dado para uma próxima gravidez.

A completa recuperação da mulher após um aborto é relativamente rápida, sendo mais demorada se o aborto ocorreu no 2o trimestre da gestação.

O retorno das relações sexuais, pós-aborto não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje, assim ela deve ser orientada a usar um método contraceptivo por três meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais.

1- [News](#), [FIGO news](#), [Safe Abortion](#)

2- www.figokigali2020.org > event

3- Mozambique Country Report NEEDS ASSESSMENT ON SAFE ABORTION ADVOCACY FOR THE ASSOCIATION OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF MOZAMBIQUE / ASSOCIAÇÃO MOÇAMBICANA DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS (AMOG) COMMISSIONED BY THE INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) CONDUCTED BY: KIT ROYAL TROPICAL INSTITUTE – HEALTH UNIT Arsénia Paulo, Bianca Tolboom April 2018

4- Medical management of abortion, 2018 ISBN 978-92-4-155040-6

© World Health Organization 2018 in reference:

5- Brasil. ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de ações Programáticas estratégicas. atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Área técnica de saúde da mulher. – 2. ed., 2. reimp – Brasília : ministério da saúde, 2014. 60 p.: il. – (série direitos sexuais e direitos reprodutivos ; Caderno nº 4)

isBn 978-85-334-1711-3

6- Lei 35/2014

7- Diploma Ministerial 60/2017

8- Fidel L. PAIZONE

MISAU-Mozambique - National Directorate of Public Health

O Nosso Maior Valor

9 – Código de Ética da AMOG (Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas)